

Turvallisuuden merkitys varhaislapsuudessa

ANTERO LANGINAUER

Johdanto

Uuden vuosituhannen alkaessa on huoli lasten mielenterveysongelmien lisääntymisestä kasvanut. Globalisoituvassa tietoyhteiskunnassa tapahtuva kiihtyvä muutos teknisessä kehityksessä, työnteon vaatimuksissa ja arvomaailman sisällöissä aiheuttaa uusia haasteita niin lapsuuden aikaisessa kasvussa ja kehityksessä kuin vanhemmuuteen liittyvissä tehtävissä. Kasvu ja kehitys sinänsä ovat sekä yksilöllisellä että yhteiskunnallisella tasolla välttämättömiä prosesseja, mutta muutosten nopeus, laajuus ja voima voivat aiheuttaa ihmisille ongelmia. Suuret ajallemme tyypilliset muutokset, jotka avaavat eteemme uusia ja tuntemattomia ulottuvuuksia, koetaan yksilötasolla usein oudoiksi, vieraiksi ja turvattomuutta aiheuttaviksi tapahtumiksi. Nämä turvattomuuden kokemukset vaikuttavat väistämättä lapsiimme. WHO:n julkaisujen mukaan viidesosa eurooppalaisista lapsista kärsii kehityksellisistä, tunte-elämän tai käyttäytymisen ongelmista ja joka kahdeksannella lapsella on mielenterveyden häiriöitä (CAMHEE 2007). Nämä lasten ongelmat ja häiriöt saattavat liittyä niihin ilmiöihin, joissa varhaiset turvallisuuden kokemuksemme rakentuvat. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2001 julkaisema kansanterveysohjelma Terveys 2015 (2001) linjaa terveyspolitiikan suuntaviivoja ja tavoitteita. Se määrittelee lasten terveydentilan uhkatekijöiksi turvattomuuteen liittyviä ongelmia. Tavoitteeksi on asetettu, että lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi. Vallitsevissa kehityspsykologisissa teoriaviitekehityksissä turvattomuus on jäänyt melko etäiseksi käsitteeksi, eikä teorioissa kovin paljoa pohdita suoranaisesti turvattomuuteen liittyvien tekijöiden vaikutusta psyykkisten ja fyysisten häiriöiden syntyyn. Siksi nykyiset

hoitokäytännöt eivät välttämättä vastaa parhaalla mahdollisella tavalla lasten mielenterveystyön tämän päivän haasteisiin. Tämän tekstin tarkoituksena on esitellä kehittelemäni teoriaviitekehys. Sen pohjalta on mahdollista luoda hoitomalleja, jotka saattavat paremmin vastata lapsiamme koskeviin nykyisiin ja tuleviin haasteisiin.

Teoria- ja terapiataustaa

Kehityspsykologiset teoriaviitekehukset ja niiden pohjalta rakennetut kliinisessä käytössä olevat terapeutiset menetelmät voidaan pääosin ryhmitellä seuraavasti: psykoanalyttinen ja psykodynaaminen viitekehys, kognitiivis-behavioristinen viitekehys sekä humanistisen psykologian viitekehys.

Psykoanalyttisen käsityksen mukaan psyykkiset ongelmat johtuvat mielensisäisistä ristiriidoista. Niiden ajatellaan ilmaantuvan, kun ylimmän kontrolloivat pyrkimykset ja viettipohjan libinääriset tarpeet ajautuvat vastakkain (Freud 1905). Psykodynaaminen terapeutinen ratkaisu on tukea psyykkisistä oireista kärsivän henkilön itseoivalluksen kautta kehittyvien mielikuvien eli representaatioiden rakentumista ongelmien taustalla vaikuttavien ilmiöiden ymmärtämiseksi (Freud 1981). Terapiat ovat perinteisesti tiiviitä ja useita vuosia kestäviä hoitosuhteita, joissa pyrkimyksenä on edetä ongelmien ratkaisuun potilaan määrittelemää tahtia. Kiintymyssuhdeteoria on osa psykoanalyttista viitekehystä (Bowlby 1969). Se kuvaa lapsen varhaista vuorovaikutussuhdetta vaistotoimintoihin verrattavana kiinnittymisenä primaarihoitajaan (Bowlby 1988) ja pohtii tähän prosessiin liittyviä emotionaalisia ja kognitiivisia ulottuvuuksia turvallisuuskäsitteestä. Kiintymyssuhde ymmärretään turvalliseksi silloin, kun siihen vaikuttavat lapsen ja hänen hoitajansa emotionaaliset ja kognitiiviset odotukset ovat yhdensuuntaisia ja toisiaan vastaavia. Te-

rapeuttiset toimenpiteet suuntautuvat turvatomassa vuorovaikutussuhteessa ilmenevien ongelmien korjaamiseen psykodynaamiseen perinteeseen kuuluvien periaatteiden pohjalta.

Kognitiivis-behavioristinen näkemys pohjautuu tulkintaan, jossa psyykkisten oireiden oletetaan johtuvan pääosin yksilön sisäisen itsesäätelyn ongelmista (Barkley 1997). Käytös- tai tunneoireiden ajatellaan syntyvän esimerkiksi vihamielisen käytöksen tai negatiivisten tunteiden kontrolloimisen ongelmista. Näiden vaikeuksien nähdään aiheutuvan keskushermostossa ilmenevistä neurobiologisista häiriöistä, jotka vaikuttavat haitallisesti kontrolloiviin säätelyjärjestelmiin. Terapeuttisena päämääränä on auttaa oireista kärsivää lasta löytämään keinoja itsekontrollinsa parempaan hallintaan. Lisäksi voidaan käyttää lääkkeitä, joiden oletetaan vaikuttavan aivojen välittäjäainetasapainoon säätelyjärjestelmien toimintoja stimuloiden.

Humanistisen psykologian taustalla ei ole yleisesti hyväksyttyä yhtenäistä teoriaa, mutta tärkeänä pidetään yksilökeskeistä lähestymistapaa, ihmisen omaa luovuutta, valinnan vapautta ja itsensä toteuttamisen tarvetta sekä yksilön omien ratkaisujen arvostamista (Rogers 1959). Näke-

myksen mukaan ongelmat ovat tässä ja nyt ilmaantuvia, ja niiden ratkaisut vaativat aktiivisia tilannekohtaisia toimenpiteitä. Terapeuttisena tavoitteena on voimaannuttaa lasta etsimällä hänen omia vahvuuksiaan. Lähestymistapa on ratkaisukeskeinen, ja siksi terapiat voivat olla lyhyitä muutaman kerran tapaamisia, joissa lapselle opetetaan voimaannuttavia toimintatapoja.

Kaikki edellä esitetyt viitekehykset ja niiden pohjalta toimivat terapeuttiset mallit rakentuvat sille oletukselle, että autettava henkilö jouuu viime kädessä itse selviämään omien keinojensa avulla vaikeuksistaan. Tämä tulee esille niistä käsitteistä, joilla kyseiset teoriat määrittelevät toimintansa terapeuttisia pyrkimyksiä. Psykodynaamiset ajatukset itseymmärryksen ja itsetunnon merkityksestä, kognitiivis-behavioristiset käsitteet itsesäätelystä ja tunnesäätelystä sekä humanistisen psykologian tavoitteet voimistuneen yksilön toimimisesta itsenäisenä ongelmiensa ratkaisijana kuvaavat hyvin näkemyksellisten painopisteiden ja dynaamisten hoitopyrkimysten keskittyvän potilaaseen itseensä ja hänen kykyihinsä selvittää itsenäisesti ongelmatilanteissa (taulukko 1).

Taulukko 1.

	psykoanalyttinen / psykodynaaminen viitekehys	kognitiivis-behavioristinen viitekehys	humanistisen psykologian viitekehys	turvallisuuskeskeinen viitekehys
yhtenäinen teoria	kyllä	kyllä	ei	kehitteillä
kuva normikehityksen	kyllä	kyllä	ei	kyllä
kuva patologisen kehityksen	kyllä	kyllä	ei	kyllä
psyykkisten oireiden dynamiikka	mielen sisäinen ristiriita (yliminä >viettipohja)	aivojen neurobiologinen säätelyongelma	tilanneriippuvainen ongelma	turvattomuuden kokemus ja negatiivinen stressitila
oma hoitotapa	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
diagnosointi tapahtuu	tunnelämän tutkimusten pohjalta	kognitiivisten tutkimusten pohjalta	ongelman määrittelyn kautta	turvaistumiskehityksen arvioinnin kautta
hoidollinen pyrkimys	ristiriitojen selvittely itseymmärryksen avulla	itsesäätelyn vahvistaminen uudelleenoppimisen kautta	tilannekohtainen ongelman ratkaisu ja itsetunnon nosto	toisenvarainen turvallisuuden kokemus ja stressitilan hoito
vastuu muutoksesta	lapsella (potilaalla)	lapsella (potilaalla)	lapsella (potilaalla)	auttavalla aikuisella

Turvallisuusaksioma

Turvallisuuden ja turvattomuuden kokemukset tunnustetaan laajalti kehityspsykologiassa keskeisiksi varhaiskehitykseen vaikuttaviksi tekijöiksi. Niiden merkitystä ovat pohtineet muiden muassa Sigmund Freud (1982), Erik H. Erikson (1982), Abraham Maslow (1943), Donald W. Winnicott (1965) sekä etenkin John Bowlby (7). Loogisesti ajatellen on järkevää ja perusteltua nostaa esille ajatus, että turvallisuuden kokemus voi olla ensisijaisen tärkeä inhimillisen elämän edellytys ja perusta. Viitekehitykseni peruslauseena esitän, että:

turvallisuuden kokemus on kaiken psykofyysinen kasvun ja kehityksen perusta.

Turvallisuuden kokemus

Geneettisen kasvu- ja kehityspotentialin toteutuminen edellyttää luonnollisesti fysiologisten perustarpeiden tyydyttymistä. Se tarkoittaa riittävää ravinnon saantia sekä tasaista lämpöä ja suojaa suhteessa ulkoiseen ympäristöön. Tämän lisäksi tarvitaan esittämäni aksioman mukaan myös prosessin omaista kokemuksellista turvallisuuden tuomaan vakautta ja jatkuvuutta. Kokemuksellisuuden ymmärrän tässä yhteydessä mielenfilosofiassa määritellyn kvaliakokemuksen kaltaiseksi tapahtumaksi. Kvalialla tarkoitetaan laajasti ottaen sitä, millaista on mentaalisesti kokea jotakin (Block 2004). Esimerkiksi, millaista on nähdä sininen taivas tai millaista on tuntea kipua sormessa. Kokemuksellinen sisältö on subjektiivista, eikä sitä voida saavuttaa kuvailemalla objektiivisesti tapahtuman fysikaalisia ominaisuuksia (Crane 2000). Turvallisuuden kokemus on siten enemmän kuin fyysinen aistimaailman tapahtuma. Se on yksilön mentaalinen tulkinta siitä, millainen elämys tietyn fyysisen tapahtuman kokeminen on, siis millaista on olla turvassa.

Ilman huolta

Määrittelen turvallisuuden olotilaksi, jossa yksilö subjektiivisesti kokee olevansa ilman huolia eli *ilman huolia on turvassa, kun on huolia, on turvaton*.

Viitekehityksessäni oletan, että ihmisillä ikään katsomatta on huolia eli he voivat kokea turvattomuutta. Varhaislapsuudessa kasvu ja kehitys merkitsevät jatkuvaa muutosprosessia, joka voi milloin tahansa muodostua lapsen subjektiivise-

na kokemuksena suuremmaksi, yllättävämmäksi tai äkillisemmäksi, kuin mihin lapsi on edeltävän elämäkokemuksensa pohjalta varautunut. Silloin kehityksellinen haaste saattaa muuttua huoleksi ja uhkatekijäksi, joka aiheuttaa lapsen kehön stressijärjestelmässä havaittavan tapahtumasarjan. Positiivinen stressi (*eustressi*) muuttuu negatiiviseksi stressiksi (*distressi*), joka aiheuttaa autonomisessa hermostossa tiettyjä toiminnallisia ilmiöitä ja muun muassa stressihormonina tunnetun kortisolin erittymisen lisääntymistä (Sely 1956). Tämä prosessi voi ilmetä fyysisellä tasolla levottomana käytöksenä ja psyykkisellä tasolla ahdistuneisuutena. Potentiaalinen turvattomuus kehityksellisenä ilmiönä koskee jokaista ihmistä ja turvattomuuden hoito voi näin nousta keskeiseksi hoitotoimenpiteiden päämääräksi ja sisällöksi.

Taudin määrittäminen

Vallitsevan käytännön mukaan ajatellaan lapsessa ilmenevän häiriön saavan aikaan oireita, jotka aiheuttavat ongelmia lapselle sekä huolia hänen kasvu ympäristössään vaikuttaville läheisille. Lapsen auttamisen kannalta on tämän näkemyksen mukaan ensisijaista alkaa selvittää häiriöiden esiintymiseen, kestoon ja luonteeseen liittyviä seikkoja. Lasta on silloin tutkittava riittävän tarkasti ja laajasti, jotta tutkimustulosten pohjalta voitaisiin asettaa diagnoosi ja sen jälkeen tehdä hoitosuunnitelma.

Kun lapsella todetaan olevan huolia, voidaan esittämäni viitekehityksen perusteella tehdä luotettavasti johtopäätös siitä, että lapsi on turvaton. Silloin hoidon aloittamisen kannalta tärkeä diagnoosi on valmis. Turvattomuuden kokemus aiheuttaa määritelmän mukaan stressijärjestelmän tiettyjen osien aktivoitumisen. Pitkään jatkuessaan negatiivinen stressitila saa aikaan laajan kansainvälisen tutkimusaineiston perustalta arvioituna monenlaisia neurofysiologisia ja mentaalisia häiriötiloja (Sapolsky 1996; Glaser 2000; Charmandari & al.). Näiden tietojen pohjalta näyttää todennäköiseltä, että turvattomuuden kokemus voi aiheuttaa havaittavia muutoksia myös aivotoiminnoissa ja jopa aivorakenteissa. Tämänkaltaisten toiminnallisten ja rakenteellisten muutosten ennaltaehkäisemiseksi olisi hoito osattava suunnata oikein. Kausaalisesti vaikuttavat hoitotoimenpiteet tulisi voida kohdentaa sekä lapsen turvattomuuden kokemuksen ja negatiivisen stressitilan hoitoon että lapsen kehitysympä-

ristössä vaikuttaviin, turvattomuutta aiheuttaviin tekijöihin, jolloin negatiivista stressiä aiheuttavat syyt, stressorit saataisiin poistettua lapsen kokemusmaailmasta. Kun lasta vaivaavien huolien syyt poistuvat, oletettavasti myös niiden aiheuttamat häiriöt ja oireet voivat merkittävästi vähentyä.

Turvaistumistarve

Kaikki ne ilmiöt, jotka aiheuttavat lapsuudessa huolta, uhkaavat esittämäni näkemyksen mukaan turvallisuuden kokemusta ja voivat siten herättää tilan, jota kutsun turvaistumistarpeeksi. Turvallisuuden kokemuksen perustalle rakentuvassa viitekehityksessä määrittelen seuraavat perusoletukset:

1. Turvallisuuden kokemuksen häiriintyessä, mistä syystä tahansa, aktivoituu aina turvaistumistarve.
2. Turvaistumistarpeen aktivoiduttua menee sen tyydyttäminen kaikkien muiden tarpeiden tyydyttämisen edelle.

Psykofyysisessä tarvehierarkiassa (Maslow 1943) turvaistumistarve tämän mukaan ohittaa jopa fysiologiset perustarpeet. Esimerkiksi nälän tarpeen tyydyttäminen jää toissijaiseksi, jos yksilöä uhkaa suuri turvallisuusriski. Tämä on todettavissa lukuisissa aidoissa luonnon tilanteissa, jossa saaliseläimen ruokailu jää kesken, kun saalistaja ilmestyy havaintopiiriin. Oletan siis turvallisuuskysymyksen priorisoituvan aina kun turvaistumistarve aktivoituu, siksi sillä voi olla ratkaisevan tärkeä dynaaminen merkitys kaikelle psykofyysiselle kasvuille ja kehitykselle. Tärkeää on myös huomata, että kaikki oppiminen sinänsä sisältää välttämättä uuden ja oudon kohtaamista ja näin ollen turvallisuuskysymys on oppimisprosesseissa jatkuvasti läsnä.

Turvaistuminen

Toimintaa, jolla turvallisuuden kokemus jälleen saavutetaan eli turvaistumistarve tyydytetään, kutsun turvaistumiseksi. Lapsi voi turvaistua oman toimintansa ja omien keinojensa avulla, jolloin kyseessä on itsenvarainen turvaistuminen. Imeväisikäisen lapsen itsenvaraisia keinoja voivat olla esimerkiksi sormien tai tutin imeskely hämmentävässä ja oudossa tilanteessa, pään kääntäminen pois päin ja vetäytyminen uhkaavasta kontaktista tai heijaaminen silloin, kun lapsi on jätetty yksin omiin oloihinsa. Toinen mahdollisuus on turvaistua jonkun toisen ihmisen toiminnan

ja keinojen avulla. Itkevän vauvan rauhoittuminen äitinsä sylissä tai leikki-ikäisen lapsen asettuminen vanhemman määrittelemiin tukeviin ja turvallisiin rajoihin voivat olla esimerkkejä toisenvaraisesta turvaistumisesta. Mitä pienemmästä lapsesta on kyse, sitä selvemmältä näyttää, että hänen turvaistumisensa tulee tapahtua toisenvaraisesti. Lapsuuden varhainen turvallisuuden kokemus tulee saada annettuna, ei itse hankittuna.

Omavarainen turvaistuminen

Esittelemäni näkemyksen mukaan voidaan olettaa, että kun lapsi saa varhaisvuosiensa aikana pääsääntöisesti ja riittävän johdonmukaisesti kokea jonkun, äidin, isän, aikuisen ylipäättään suojelevan, varjelevan ja turvaavan pienen elämän alkua niin, ettei lapsi jää turvattomuuden tilassaan yksin, pääsevät hänen omat todelliset voimavaransa, ikä- ja kehitystasoaan vastaavat keinonsa ja kykynsä rauhassa rakentumaan ja kypsymään. Tämänkaltaisen varhaisen kokemuksen perustalta lapselle voi muodostua omavarainen turvaistumismalli. Se tarkoittaa käytännössä sitä, että lapsi pystyy yhtäältä selviämään itse omin keinoin normaalisti arkeen kuuluvista ja hänen ikä- ja kehitystasoaan vastaavista haasteista. Hän kykenee toisaalta myös kääntymään jonkun toisen puoleen tilanteessa, jossa hänen omat keinonsa eivät enää riitä tilanteen hallintaan. Lapsen peruskokemus maailmasta on silloin se, ettei hän ole yksin.

Turvaistaminen

Kutsun turvaistamiseksi sitä toimintaa, jossa joku muu kuin lapsi itse, kokeva subjekti, hoitaa turvattomuuden kokemuksen aiheuttaman negatiivisen stressitilan normalisoimisen ja turvallisuutta uhkaavien tekijöiden eliminoimisen lapsen elinpiiristä. Tämä merkitsee sitä, ettei lapsen tarvitse itse kantaa kokonaisvastuuta elämäntilanteestaan ja negatiivisen stressinsä hoidosta. Kyse on lapsen kannalta oleellisesti toisenvaraisesta turvaistumisen kokemuksesta. Turvaistava vanhempi kykenee auttamaan lasta turvattomuuden kaaoksessa tarjoamalla keinot tilanteesta selviämiseen. Tutkimusten mukaan läheisyys, kosketus ja lämpö (Uvnäs-Moberg 2000; Ditzen 2007) voivat olla oleellisia tekijöitä ihmisen negatiivisen stressin hoidossa. Nämä edellytykset toteutuvat parhaimmillaan lasta vanhemman sylissä turvaistamalla. Silloin vanhempi kykenee toimil-

laan vaikuttamaan lapsen psyykkiseen ja fyysiseen stressitilaan rauhoittavasti. Tämä kokemus voi saada aikaan lapsessa sekä psyykkisen rauhoittumisen että fyysisen stressitilan normalisoitumisen, vasta sen jälkeen lapsi voi kokonaisvaltaisesti kokea olevansa turvassa.

Lapsen sylissä rauhoittaminen ei ole uusi ajatus, päinvastoin, se on ollut kautta aikojen luonnollinen tapa hoitaa pieniä lapsia. Vastasyntynyt lapsi nostetaan pian syntymän jälkeen äitinsä rinnoille, imeväisikäinen pienokainen viettää suuren osan ajasta äitinsä sylissä ja leikki-ikäistä lasta pidetään sylissä, kun halutaan rauhoittaa, tyyntytellä tai hoivata häntä. Vanhemman sylissä olo on siten mitä luonnollisin kokemus pienen lapsen varhaisvaiheissa. Tunnettu sylissä pitämisen puolestapuhuja on ollut Donald W. Winnicott, joka toi lastenhoitoon muun muassa käsitteen ”*holding*” (Winnicott 1980). Sillä hän tarkoitti lähinnä äidin arkisissa lapsenhoitotilanteissa antamaa lasta kannattelevaa läheisyyttä, hoivaa ja huolenpitoa. Winnicott kuvaa äidin jatkuvan läsnäolon rakentavan lapsen perusluottamusta, ja tämä on mitä suurimmassa määrin lasta turvaistavaa toimintaa. Hänen ajatusmallinsa ei kuitenkaan kuvaa turvallisuuden kokemusta lapsen kasvun ja kehityksen dynaamisena perustana, eikä se siksi tavoita tätä ulottuvuutta hoidollisena ydinprosessina.

Oletan, että juuri varhaisvaiheen toisenvaraisen turvaistumisen kokemus liittyy lapsen vuorovaikutussuhteeseen toiseen ihmiseen ja yhdistää hänet sen kautta vahvaan objektiisuhteeseen. Turvaistava vanhempi kykenee riittävällä tavalla suojaamaan lastaan liian äkillisiltä tai suurilta muutoksilta, jotka muodostuisivat lapselle uhkatekijöiksi. Siten hän pystyy varmentamaan sen, että lapsen kehitystendenssi eli kasvuun ja kehitykseen kuuluvien haasteiden kohtaaminen voi turvallisesti jatkua. Kyky toimia turvaistavana vanhempana perustuu aikuisen omaan varhaiseen kokemukseen turvallisesta lapsuudesta ja turvallisista aikuisuhteista. Kaikilla vanhemmilla ei valitettavasti ole tällaista varhaista kokemusta, ja siksi on olennaisen tärkeää arvioida myös vanhemman omia turvaistumisen tarpeita ja vahvistaa niitä voimavaroja, joita hänellä on oman lapsensa kasvun ja kehityksen tukemiseen turvallisella tavalla.

Lasta turvaistavan toiminnan päämääränä on luoda turvalliset olosuhteet lapsen normaalin kasvun ja kehityksen etenemiselle. Tämä tarkoittaa ensinnäkin sitä, että lapsen kasvuympäristön

täytyy olla riittävän turvallinen ja vakaa. Toiseksi sitä, että, vanhempi kykenee tukemaan lapsen ikätasojen kehityksellisten tavoitteiden toteutumista ja kolmanneksi vanhemman pitää ymmärtää, milloin lapsi joutuu kehityksellisistä tai traumaattisista syistä turvattomuuden tilaan, joka herättää hänen turvaistumistarpeensa. Turvaistavan toiminnan pääpainon olisi oltava lapsen turvaistumistarpeen aktivoitumista ennalta ehkäisevissä toimenpiteissä. Kun turvaistumistarve on herännyt, olisi se osattava tyydyttää lasta turvaistavalla tavalla. Pidän todennäköisenä sitä, että jokainen lapsi joutuu jossain varhaiselämänsä vaiheessa kokemaan turvattomuutta, osa lapsista kokee jopa kaoottisia turvattomuuden hetkiä, jolloin ratkaisevaksi dynaamiseksi tekijäksi muodostuu se, kuinka lapsen turvattomuuden kokemus hoidetaan. Jääkö tilanteen hoito lapsen itsensä vastuulle vai saako hän apua toiselta?

Vastuukysymys

Vastuukysymyksen ratkaisu on esittämäni viitekehyksen mukaan varhaisen kasvu- ja kehitysprosessin dynaaminen vedenjakaja, ja se toimii siten tienviittana joko normaalin kehityksen jatkumille tai patologiselle itsenvaraiselle kehityskululle. Perinteisten terapiamuotojen pyrkimys auttaa lasta tunnistamaan, sanoittamaan ja säätelemään tunteitaan merkitsee itse asiassa sitä, että lapsi viime kädessä joutuu itse ottamaan vastuun toimintoistaan. Lapsen joutuessa selviytymään pääsääntöisesti itse, omin avuin turvattomuutta synnyttävissä tilanteista, hänen tarkkaavaisuutensa alkaa suuntautua yhä enemmän huolta ja turvattomuutta mahdollisesti aiheuttaviin tekijöihin. Hänen täytyy alkaa ennakoida tilanteita subjektiivisen turvaistumistarpeensa näkökulmasta. Tämä vaikuttaa hänen stressitilaansa ja olemukseensa, joka voi muuttua ahdistuneen jännittyneeksi, levottomaksi ja ärtyisäksi, eli oireilu voi alkaa ilmetä eksterナルisoivina käytöshäiriöinä. Pitkään jatkuessaan lapsen kannalta epätydyttävä negatiivinen stressitilanne saattaa johtaa vetäytyvään toimintamalliin, alakuloiseen mielialaan ja masennukseen, jolloin oirekuva kääntyy internalisoivaksi. Nämä käyttäytymispiirteet alkavat vahitellen saada oireyhtymän merkityksen, ja patologinen kehityskulku voi näin saada alkunsa. Liian itsenvarainen turvaistumismalli voi viedä suuren osan lapsen energiavaroista, jotka suuntautuvat silloin turvallisuuskysymysten ratkaisuun eivätkä normaaliin kasvuun ja kehitykseen.

Tapausesimerkki

Kuusivuotias poika, jolla oli todettu päiväkodissa ja esikoulussa keskittymisvaikeuksia tehtävien teossa, levotonta käytöstä ryhmätilanteissa ja impulsiivisuutta etenkin siirtymätilanteissa, ohjattiin tarkempiin tutkimuksiin. Niissä todettiin pojan oireiden viittaavan ADHD-oireyhtymään ja sen tiedon pohjalta tehtiin hoitosuunnitelma. Hoitotoimenpiteinä olivat pojan siirtäminen lapsen toiminnanohjausta ja itsesääteilyä tukevaan erityisryhmään, vanhempien kasvatukselliset ohjauksenkäynnit sekä myöhemmin lapsen yksilöllinen käyttäytymisterapia, jossa harjoiteltiin erilaisia arkitilanteissa selviämisen keinoja. Pojan oireilu jatkui ja käytösongelmat pahenivat aggressiiviseen suuntaan hoidosta huolimatta. Tässä vaiheessa lapsen tilanne arvioitiin uudelleen turvallisuuskeskeisen viitekehyksen pohjalta.

Lähtökohtaisesti todettiin, että poika oli varsin hyvin tutkittu, mutta perhetilanteessa ja lapsen elämäntilanteessa oli vielä kartoittamattomia osioita. Ensikäynnillä tavattiin koko perhe, ja sen jälkeen annettiin ajkoja vanhemmille. Tapaamisilla tuli esiin, että esikoispojan varhaisvaiheisiin ei liittynyt vanhempien mielestä neljän kuukauden iässä ollutta pitkittynyttä korvatulehdusta lukuun ottamatta mitään erityisiä ongelmia, päinvastoin poika oli ollut ensimmäiset puolitoista vuotta suloinen ja iloinen lapsi, joka oli syönyt, nukkunut ja kehittynyt hyvin. Ongelmat olivat alkaneet pikkuveljen synnyttyä. Perheen arki muuttui vauvan syntymän jälkeen, koska pienokaisella todettiin varsin pian sydänvika. Vanhemmat kantoivat jatkuvaa huolta lapsen selviämisestä ja lisäksi perheen isän työtilanne muuttui selvästi vaativammaksi. Näihin aikoihin esikoispoika alkoi oirehtia, hän muuttui itkuisemmaksi ja kiukkuisemmaksi ja hän alkoi ripustautua äitiin. Huolten painama äiti ei jaksanut vastata pojan jatkuviin kysymyksiin ja tarpeisiin ja kiukutteleva poika suljettiin useasti omaan huoneeseensa rauhoittumaan. Nämä kokemukset todennäköisesti suuntasivat pojan turvaistumismallia itsenvaraiseen suuntaan ja hänen käyttäytymisensä muuttui omaehtoiseksi ja vaativaksi. Poika aloitti päivähoidossa kolmevuotiaana ja alusta alkaen siellä ilmeni vaikeuksia suhteessa aikuisiin ja muihin lapsiin sekä suuria ongelmia ryhmään sopeutumisessa.

Vanhempien kuvauksen sekä pojan oireilun ja elämänvaiheiden perusteella näytti ilmeiseltä, et-

tä hän kärsi turvaistumiskehityksen ongelmista, jotka saattoivat hyvin selittää hänen oireensa. Vanhemmille kerrottiin turvallisuuden merkityksestä lapsen varhaisvaiheissa ja pojan itsenvaraisesta oirekuvasta. He oivalsivat asian keskeisen sisällön, ja he olivat valmiita omalta osaltaan sitoutumaan hoitoon. Vanhempia opastettiin tukemaan poikaa turvaistavalla tavalla kosketuksen avulla kehityksellisten haasteiden kohtaamisessa esimerkiksi niin, että lähtötilanteissa vanhempi otti lapsen viereensä ja hieroi rauhoittavasti hänen hartioitaan ennen lähtöä tai kotitehtäviä tehtäessä vanhempi istui lapsen vieressä käsi hänen olkapäällään. Haasteellisten tehtävien tai tilanteiden nostaman stressitilan hoitoon suositeltiin pojan ottamista tukevammin vanhemman kainaloon sekä selkeiden toimintaohjeiden antamista tehtävän suorittamiseen. Lapsen ja vanhemman välisiä kahdenkeskisiä yhdessäolon hetkiä lisättiin ja niitä pyrittiin toteuttamaan säännöllisesti sekä äidin että isän kanssa. Lisäksi vanhempia ohjeistettiin käytännön läheisesti syli- turvaistamaan poikaa kaoottisissa kiukkkutilanteissa niin, että lasta pidettiin turvallisesti vanhemman sylissä, kunnes hän kokonaan rauhoittui. Toimenpiteen aikana lapsen kanssa ei pyritty keskustelemaan eikä häntä vastuutettu rauhoittumaan omin keinoin, vaan vanhempia kannustettiin luottamaan siihen, että aikuisen läheisyys, lämpö ja turvallisesti lasta tukeva ja rajaava kosketus saavat aikaan lapsen psykofyysisen rauhoittumisen. Päiväkodissa käytiin samansisältöisiä keskusteluja vanhempien ja terapeutin mukana ollessa, ja myös hoitohenkilökunta sitoutui turvaistavaan hoitomalliin. Samoin terapian sisältöä muokattiin lasta turvaistavaan suuntaan. Aikuiset alkoivat suhtautua pojan oireiluun uudella tavalla, he ymmärsivät sen avunpyyntönä ja vastasivat siihen sen mukaan poikaa tukien. Muutaman viikon kuluessa pojan olemus muuttui rauhallisemmaksi ja oireilu alkoi helpottaa. Ahdistunut levottomuus ja omaehtoinen kiukuttelu vähenivät ja poika alkoi sietää pettymyksiä. Oppimisprosessit alkoivat edistyä, kun hän pysyi vanhempien tuella paremmin keskittymään tehtäviin. Vanhempien huoli helpottui, kun he huomasivat voivansa auttaa poikaansa oman toimintansa kautta. Poika pääsi aloittamaan koulunkäynnin normaaliluokalla.

Pohdinta

Vallitsevan käytännön mukainen lasten psyykkisten ongelmien hoito edellyttää yksilökohtaisia psykologisia, neuropsykologisia ja monia muita tutkimuksia, joiden tulosten perusteella asetetaan oirekuvaukseen sopiva diagnoosi. Tieteellisestä näkökulmasta katsottuna tämä on oikea menetelytapa, koska sen avulla saadaan mahdollisimman paljon yksityiskohtaista tietoa tutkimuskohteesta. Tämä on akateemisessa mielessä järkevää.

Terapeuttisesta näkökulmasta tarkasteltuna asia muuttuu hankalammaksi, koska tutkimustulosten antama informaatio ei välttämättä avaa-kaan syyseuraussuhteita eikä se näin ollen myöskään anna selkeitä suuntia hoitolinjausten toteuttamiseen. Saattaa olla niin, että mitä enemmän tutkitaan, sitä useampia diagnooseja voidaan asettaa (Bax & Gillberg 2010). Käytännön kliinisessä työssä syntyy tilanteita, jossa lapsella voi olla useita diagnooseja ja useampia samanaikaisia hoitoja, mikä ei kokonaisuuden kannalta ole aina edullista tai järkevää. Lisäksi usein kuluu paljon aikaa tutkimusten suorittamiseen ja diagnoosin asettamiseen, jolloin lapsi ja hänen läheisensä voivat joutua odottamaan kuukausia ennen kuin varsinainen hoito pääsee alkamaan.

Esittelemäni viitekehityksen mukaan lapsen turvaistumiskehitykseen viittaava diagnoosi voidaan asettaa aina, kun on ilmeistä, että hänellä on huolia eli hän kokee turvattomuutta. Turvaistavat hoitotoimenpiteet voidaan silloin aloittaa välittömästi ja keskittää juuri ongelman ytimeen, turvattomuutta aiheuttaviin syihin ja lapsen turvattomuuden kokemuksen aiheuttaman negatiivisen stressitilan toisenvaraiseen hoitoon. Tämä asetelma antaa mahdollisuuksia kehittää hoitomuotoja, jotka voivat olla käyttökelpoisia lapsen ja perheen arkitilanteissa. Kotona periaatteessa ympäri vuorokauden vanhempien toimesta annettavan hoidon voidaan olettaa olevan vaikuttavampaa kuin esimerkiksi kerran tai kaksi viikossa annettavan vajaan tunninpituisen lapsen yksilöllisen terapian. Lasta turvaistavan vanhemmuuden kautta lapsi voisi saada kausaalista hoitoa jatkuvasti arjen kotitilanteissa. Päivähoidossa ja koulumaailmassa voitaisiin myös toimia lasta turvaistavalla tavalla ja täydentää näin lapsen hoitoa kokonaisvaltaisesti vaikuttavaan suuntaan. Turvaistavan hoidon rinnalla on luonnollisesti seurattava lapsen tilannetta ja oirekuvaa sekä tarvittaessa järjestettävä yksilöllisiä lisätutki-

muksia tai hoitoja.

Akateemisesta näkökulmasta tämä turvaistavan näkemyksen asetelma saattaa vaikuttaa liian pelkistetyltä, koska laaja ja yksityiskohtainen tiedonkeruu perinteisessä mielessä ei ole välttämätöntä taudinmäärityksen ja hoitotoimenpiteiden aloittamisen kannalta. Lisätietoa on kuitenkin kerättävä ja turvaistumiskehityksen häiriöitä on määriteltävä ja luokiteltava tarkemman kuvan saamiseksi esille tuomistani ilmiöistä.

Vertailtaessa teoriatasolla turvaistavaa mallia ja vallitsevan käytännön mukaisia toimintamuotoja nousee esille tiettyjä selkeitä eroja. Keskeisimpänä erottavana tekijänä on se turvaistavan metodin periaate, että turvattoman lapsen hoidossa ei vastuuta pidä missään tilanteessa siirtää lapselle, vaan vastuu on aina kokonaisuudessaan lasta auttavalla aikuisella. Perinteisissä terapiamuodoissa hoidon tavoite on auttaa lasta tukemalla hänen itsenvaraisuuttaan esimerkiksi lapsen itsesymmärrystä avartamalla, itsesäätelyä vahvistamalla tai itsetuntoa kohottamalla. Kaikki nämä hoitotoimenpiteet saattavat säilyttää vastuun viimekädessä lapselle itselleen, vaikka terapeutti toimisikin hoitotilanteita ohjaavana aikuise-
na. Omavaraisesti turvaistuneen lapsen kohdalla edellä mainitut perinteiset mallit voivat olla hyvinkin toimivia, mutta turvattoman ja itsenvaraisesti toimivan lapsen kohdalla ne voivat synnyttää lisää ongelmia.

Toinen keskeinen ero on se, että turvaistavassa hoidossa tavoitteena on aktivoida lapsen psykofyysinen antistressijärjestelmä (Ulväs-Moberg 2000), joka voi vaikuttaa sekä mielen että kehon tilaan positiivisesti. Tähän tavoitteeseen ei voida päästä perinteisten sanallisten tai toiminnallisten terapioiden keinoilla. Ne eivät tunnista teoriatasolla kyseistä systeemiä, eivätkä ne siksi kykene hyödyntämään kehon omia parantavia ja rauhoittavia toimintoja, jotka ovat turvaistavan hoitomallin perustana.

Merkittävä näkemyksellinen ero paljastuu myös siinä miten lapsen oireisiin suhtaudutaan. Perinteisten viitekehysten mukaan kyseessä ajatellaan olevan jokin lapsella esiintyvä häiriö tai sairaus, jota pitää tutkia ja määritellä, ennen kuin sitä voidaan hoitaa. Turvaistavan näkemyksen mukaan lapsen oireilu kertoo siitä, että lapsi kohtaa jonkin hänen ikä- ja kehitystasolleen ja kyvyilleen liian vaativan eli uhkaavan tekijän tai tapahtuman, jolloin hän pyrkii selviämään uhkasta omilla vielä riittämättömästi toimivilla kei-

noillaan. Näin ollen lapsen oireilun voidaan katsoa olevan mielekästä toimintaa, kun sen pyrkimyksenä on selvittää turvallisuuden tilasta. Tämä näkökulma voi avata auttavalle aikuiselle kokonaan uudenlaisen ymmärryksen lapsen ongelmista: lapsi pyytää tai huutaa oireilunsa kautta apua! Jos aikuinen tajuaa tämän, hänellä on mahdollisuus auttaa välittömästi lasta turvaistavaan suuntaan, jolloin lapsen oirekäyttäytyminen voi jäädä tarpeettomana pois.

Johtopäätelmät

Turvallisuuden kokemuksen merkitystä painottava selitysmallini antaa mahdollisuuksia pohtia sekä lapsen normaalin kasvun ja kehityksen edistymisen edellytyksiä, että patologiseen suuntaan vieviä syysseuraussuhteita. Niiden perusteella voidaan rakentaa ajatusmalleja lasten mielenterveysongelmien taustatekijöistä ja toimenpiteistä, joilla ongelmien syntyä voitaisiin estää. Päämääränä on luonnollisesti luoda entistä paremmin vaikuttavia lasten hoitokäytäntöjä. Samoin voitai-

siin mahdollisesti uudistaa pedagogiikan kasvat- ja opetusmenetelmiä. Tavoitteena tulisi olla oireiden ja ongelmien perussyihin kausaalisesti vaikuttava toimintamalli, jonka avulla turvallomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet saataisiin merkittävästi vähenemään.

Kansallisen mielenterveysuunnitelman (2010) mukaan mielenterveyden edistämiseksi on keskeistä terveyslähtöinen (salutogeeninen) lähestymistapa, jonka vastakohtana nähdään lääketieteelle perinteinen tautilähtöinen (patogeeninen) näkökulma. Kyseinen suunnitelma edellyttää, että kuntien järjestämä lasten mielenterveystyö tulee toteuttaa ensisijaisesti lasten arkisessa elinympäristössä, kuten kodissa, päivähoitossa tai koulussa. Suunnitelman toteutumisen onnistuminen käytännön tasolla on haasteellista ja se vaatii todennäköisesti myös uudenlaisia, perinteisistä näkökulmista poikkeavia ajatuksia ja toimintamalleja. Tähän kehitysohjelmaan esittelemäni viitekehys saattaa avata hyvin toimivia uusia vaihtoehtoja.

TIIVISTELMÄ

Antero Langinuer: Turvallisuuden merkitys varhaislapsuudessa

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2001 julkaissama kansanterveysohjelma Terveys 2015 linjaa terveyspolitiikan suuntaviivoja ja tavoitteita. Se määrittelee lasten terveydentilan uhkatekijöiksi turvattomuuteen liittyviä ongelmia. Tavoitteeksi on asetettu, että lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi. Vallitsevissa kehitypsykologisissa teoriaviitekehityksissä turvattomuus on jäänyt melko etäiseksi käsitteeksi, eikä teorioissa kovin paljoa pohdita suoranaisesti turvattomuuteen liittyvien tekijöiden vaikutusta psyykkisten ja fyysisten häiriöiden syntyyn. Siksi nykyiset hoitokäytännöt eivät välttämättä vastaa parhaalla mahdollisella tavalla lasten mielenterveystyön tämän päivän haasteisiin. Kirjoituksessa esitellään teoriaviitekehys, jonka pohjalta on luotavissa lapsiamme koskeviin nykyisiin ja tuleviin haasteisiin mahdollisesti paremmin vastaavia hoitomalleja.

Viitekehityksen peruslauseena esitetään, että turvallisuuden kokemus on kaiken psykofyysinen kasvun ja kehityksen perusta. Lisäksi määritellään kaksi perusoletusta: turvallisuuden kokemuksen häiriintyessä, mistä syystä tahansa, aktivoituu aina turvaistumistarve, ja turvaistumistarpeen aktivoiduttua menee sen tyydyttäminen kaikkien muiden tarpeiden tyydyttämisen edelle. Näistä lähtökohdista rakennetaan ajatusmalli, jossa kuvataan lapsen varhaisen turvaistumiskehitystä ja turvaistavan vanhemmuuden merkitystä

lapsen turvallisuuden kokemuksen muodostumisessa. Periaatteena on, että lapsen perusturvallisuus ei saa rakentua lapsen itsensä varaan, vaan lasta hoitavan aikuisen tulee aina kantaa vastuu lasta koskevista turvallisuuskysymyksistä.

Vallitsevan käytännön mukainen lasten psyykkisten ongelmien hoito edellyttää yksilökohtaisia psykologisia, neuropsykologisia ja monia muita tutkimuksia, joiden tulosten perusteella asetetaan oirekuvaukseen sopiva diagnoosi. Lapsen turvaistumiskehitykseen viitattava diagnoosi voidaan asettaa aina, kun on ilmeistä, että hän kokee turvattomuutta. Turvaistavat hoitotoimenpiteet voidaan silloin aloittaa välittömästi ja keskittää juuri ongelman ytimeen, turvattomuutta aiheuttaviin syihin ja lapsen turvattomuuden kokemuksen aiheuttaman negatiivisen stressitilan hoitoon.

Turvallisuuden kokemuksen merkitystä painottava selitysmalli antaa mahdollisuuksia pohtia sekä lapsen normaalin kasvun ja kehityksen edistymisen edellytyksiä että patologiseen suuntaan vieviä syysseuraussuhteita. Niiden perusteella voidaan rakentaa ajatusmalleja lasten mielenterveysongelmien taustatekijöistä ja toimenpiteistä, joilla ongelmien syntyä voitaisiin estää. Päämääränä on luonnollisesti luoda entistä paremmin vaikuttavia lasten hoitokäytäntöjä. Samoin voitaisiin mahdollisesti uudistaa pedagogiikan kasvat- ja opetusmenetelmiä. Tavoitteena tulisi olla oireiden ja ongelmien perussyihin kausaalisesti vaikuttava toimintamalli, jonka avulla turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet saataisiin merkittävästi vähenemään.

KIRJALLISUUS

- Barkley, Russell: ADHD and the Nature of Self-control. New York: The Guilford Press, 1997
- Bax, Martin & Gillberg, Christopher: Comorbidities in Developmental Disorders. Wiley, 2010
- Block, Ned: Qualia; Gregory R.L. (toim.): Oxford Companion to the Mind. Oxford University Press, 2004
- Bowlby, John: Attachment and Loss. Vol. I. Lontoo: Hogarth Press, 1969
- Bowlby, John: A Secure Base. Lontoo: Routledge, 1988
- CAMHEE – Lasten ja nuorten mielenterveys Euroopassa. Stakes, 2007
- Charmandari, Evangelia & al: Pediatric Stress; Hormone Research 59 (2003): 161–179
- Crane, Tim: The origins of qualia. Crane & Patterson (toim.): The History of the Mind-Body problem, Lontoo: Routledge, 2000
- Ditzen, Beate & al.: Effects of different kinds of couple interaction on cortisol and heart responses to stress in women; Psychoneuroendocrinology 32 (2007): 565–574
- Erikson, Erik H.: Lapsuus ja yhteiskunta. Jyväskylä: Gummerus, 1982
- Freud, Sigmund: Three Essays on the Theory of Sexuality. Standard Edition 7. Lontoo: Hogarth Press, 1953 [1905]
- Freud, Sigmund: Johdatus psykoanalyysiin. Jyväskylä: Gummerus, 1981
- Freud, Sigmund: Ahdistava kulttuurimme, Jyväskylä: Gummerus, 1982
- Glaser, Danya: Child abuse and Neglect and the Brain, Journal of Child Psychology and Psychiatry 41 (2000): 1: 97–116
- Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 2010
- Maslow, Abraham: A Theory of Human Motivation. Psychological Review 50, 1943
- Rogers, Carl: A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-centered Framework. Teoksessa: Koch, S. (toim.): Psychology: A Study of a Science. Vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context. New York: McGraw Hill, 1959
- Sapolsky, R. M.: Why stress is bad for your brain, Science 273 (1996): 749–750
- Seley, Hans: The Stress of Life. New York: McGraw-Hill, 1956
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2001
- Uvnäs-Moberg, Kerstin: Lung och beröring. Tukholma: Natur och Kultur, 2000
- Winnicott, Donald W.: On Security. The Family and Individual Development. Lontoo: Tavistock, 1965
- Winnicott, Donald W.: Playing and reality. Penquin Books, 1980.